Ueber Geburtshilfe in der allgemeinen Praxis.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

FRANZ JAKOB SCHAACK

aus

OTTWEILER (Bezirk Trier).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

STRASSBURG i. E.
Els.-Lothr. Druckerei u. Lithogr.-Anstalt G. m. b. H., Dreizehnergraben 45.
1916.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548024_0039

Gedruckt mit der am 24. Februar 1916 erteilten Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg i. E.

Referent: Prof. Dr. Fehling.

Noch im Jahre 1867 stellte Lefort die Forderung auf, man solle die Entbindungsanstalten „als Mörderhöhlen“ schließen; dieselbe Ansicht vertrat auch noch 1870 Hervieux.

Inzwischen hat sich durch die Einführung der Anti- und Asepsis eine gewaltige Umwandlung vollzogen. In den geburtshilflichen Kliniken werden jetzt die eingreifendsten chirurgischen Operationen vorgenommen zum Besten von Mutter und Kind.

Es hat sich somit eine klinisch-chirurgische Geburtshilfe von der gewöhnlichen häuslichen Geburtshilfe abgetrennt.

Sehr viel wurde bereits hierüber geschrieben und diskutiert. Die Ansichten der Autoren differieren jedoch außerordentlich über Begriff und Abgrenzung der beiden Gebiete, insbesondere auf was und wie weit sich noch der Tätigkeitsbereich des praktischen Arztes erstrecken soll.

Das eine Extrem besteht darin, daß man sogar der Hebamme erlaubt, draußen die Zange anzulegen.

Daß es nun in der Tat möglich ist, im Privathaus gute operative Resultate zu erhalten, zeigen u. a. Konopkas und Sterns Laparotomien im Privathaus.

Andererseits gibt es jedoch viele Autoren, die die ganze Geburtshilfe in die Kliniken verlegen wollen.

Für die Stadt München berechnete bereits 1909 Mirabeau ein Fehlen von nur 500 Betten, um den Idealzustand — klinische Leitung sämtlicher Geburten — zu erreichen, 15tägigen Lazarettaufenthalt angenommen (1909 täglich 39 Geburten, wovon schon 7 in der Frauenklinik).

Die bekanntesten klinischen Geburtshelfer haben zur Frage „hie Hausarzt — hie Klinik" Stellung genommen. Gegenstand von Kongreßvorträgen und Vereinsversammlungen war sie des öfteren, so z. B. 1891 4. Kongreß der deutschen Gesellsch. f. Gyn. zu Bonn (Dohrn, Ahlfeld), 1896 Gesellsch. f. Gebh. Leipzig (Donat, Sänger, Dietel, Döderlein, Krönig, Littauer, Zweifel), 1899 Vers. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Berlin (Bokelmann), 1903 75. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte, Cassel (Fr. Frank), 1908 Wiener gynäkol. Gesellsch. (Schauta), 1909 Mediz. Gesellsch. Basel (Goenner), 1909 Oberrh. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Baden-Baden (Fehling), 1909 Niederrh. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde Bonn (Eberhart), 1910 Ärztlicher Verein München (Nassauer, Döderlein, Mirabeau, A. Müller, Theilhaber), 1910 klin. Demonstrationsabend der städt. Krankenanstalten Dortmund (Selig), 1911 Ärzteverein Rostock (Büttner), 1912 Zentralverein deutscher Ärzte Böhmens, Sektion Karlsbad (G. Wawor).

Gegenüber den vielen Veröffentlichungen aus Kliniken, Krankenhäusern, Wöchnerinnenheimen usw. ist es daher von Interesse, auch einmal die Ansicht von draußen auf dem Land lebenden Praktikern zu hören,

um so mehr als die Verhältnisse der Klinik und die aus ihnen gewonnenen Gesichtspunkte sich nicht in allem kurzerhand auf die Verhältnisse der Praxis übertragen lassen.

Es ist für den Praktiker zwar schwer, lückenlos genaue Daten zu sammeln, doch liegt schon in eigenem Interesse, sich selbst Rechenschaft zu geben, sowie nach Jahren eine Übersicht zu erhalten und aus der epikritischen Betrachtung Nutzen zu ziehen.

Bereits Winckel rät, genaue Notizen zu führen, denn dadurch „mache man seine Erinnerungen zu Erfahrungen".

Bokelmann betont namentlich hinsichtlich der richtigen Beurteilung der Zangenoperationen das Nichtausreichen der Erfahrungen in den Kliniken. Er und ferner Hirsch fordern die Praktiker zu Berichten aus der Praxis auf. Hirsch sagt, das Endziel aller klinischen Bestrebungen müsse es sein, dem in der Praxis stehenden Geburtshelfer ein Verfahren in die Hand zu geben, das im Privathaus befriedigende Resultate liefert. Darum werde die Entscheidung, ob die jeweilig gebräuchliche Methode diese Eigenschaft besitzt, ohne Bekanntgabe der Ergebnisse aus der Hauspraxis nicht zu treffen sein. Der Praktiker müsse sein Material einmal vergleichen, „ob seine Ergebnisse ihm das Recht geben, auf dem eingeschlagenen Wege mit seinen prophylaktischen und operativen Maßnahmen fortzufahren".

Bei der Prüfung oben geschilderter Zentralisationsbestrebungen in der Geburtshilfe sind also sicherlich derartige Berichte und Erfahrungen nicht außer Acht zu lassen.

Verschiedene Arten von Berichten aus der Praxis sind zu unterscheiden:

1. Berichte über Hebammentätigkeit,
2. einzelne kasuistische Mitteilungen von Ärzten,
3. gesammelte „ „ „ „
4. territoriale Sammelberichte,
5. Eigenberichte: größere Zusammenstellungen.

1902 hat Staehler in der Monatsschr. für Geb. und Gyn. einen Sammelbericht über einige in den letzten Jahren veröffentlichte Berichte von Ärzten gegeben.

Es liegt auf der Hand, daß die meisten solcher Berichte von Spezialisten aus ihrer Praxis erstattet sind.

Gewöhnliche praktische Ärzte mit kleiner Praxis bekommen nicht genug Material zusammen, solche mit größerer Praxis, und mithin größeren Erfahrungen, bekommen keine Zeit oder nehmen sich nicht die Mühe, statistisch verwertbare Aufzeichnungen zu machen.

Im folgenden seien die mir, entweder in Original oder doch wenigstens im Referat zugänglich gewesenen, größeren Eigenberichte nach Jahr, Zahl der Fälle und Berichtszeitraum chronologisch angeführt.

In England und den Niederlanden haben die Ärzte größere Zahlen zur Verfügung, da dort die Geburtshilfe mehr in Händen der Ärzte liegt, weniger der Hebammen, wie bei uns.

Größere Zusammenstellungen aus der Praxis.

Jahr der Veröffentlichung	Name	Wohnort	Geburtenzahl Z = Zangen	Berichtsjahre
1888	Zürcher	Gais (Appenzell)	165	10
1885—88	Fischer		1000	42
1890	Schütz		260	25
1891	Walther	Ettenheim (Baden)	100	6
1893	Krüger	Österreich	—	—
1893—04	Metzlar	Lisse	5 × 200	—
1896	Donat	Leipzig	619	10
1897	Can		3037	—
1897	Engel	Klausenburg	78 Z	20
1897	Schneider		329	—
1899	Bokelmann	Berlin	700	—
1900	Drejer		428 Z	6
1900—08	Beck	Prag	200 Z	—
1901	Bokelmann	Berlin	335 Z	15
1901—13	Ekstein	Teplitz	783	20
1901	Schröder		461	—
1902	Cowen	Australien	700	—
1903	Schouten	Yzendijke	1200	—
1903	Weber		100	9
1905	Heil	Darmstadt	144 Z	10
1906	Hirsch	Dresden	414	4
1906	Boucek	Ungarn	—	64
1909	Beekenhamp	Holland	1500	—
1909	Czyzewicz		41	5
1909	Austin	England	465	—
1910	Crawford	Fredegar (England)	1000	13
1912	Semmelink	Haag	600	—
1912	Schwab	Nürnberg	100	—
1912	Wawor	Gießhübl-Sauerbrunn	278	20
1913	Santino	Italien	1200	—
1913	Gaus	Bünde i. Westf.	1500	10
1913	Fleurent	Colmar	71 Z	10
1913	Markoe	Amerika	45000	25
1913	Cranmer		510	—

Einen prozentualen Vergleich der Zangengeburten der Klinik mit denen der Praxis hält Bokelmann für untunlich.

Hirsch erklärt den Vergleich zwischen klinischer und privater Geburtshilfe für sinnlos, denn die Bedingungen, unter denen beide arbeiten, seien grundverschieden.

Staehler meint, man könne die Ergebnisse der Hausgeburten des praktischen Arztes nur vergleichen mit solchen aus geburtshilflichen Polikliniken. doch seien letztere dabei noch günstiger gestellt, da der Operateur meist spezialistisch vorgebildet sei und im Notfall jederzeit spezialistische Hilfe zur Verfügung habe.

Die Vorteile klinischer Geburtsleitung liegen klar zutage.

Erstlich besteht die Möglichkeit, unter allen Umständen so lange wie es im Interesse des Falles liegt, mit der Entbindung zu warten (Engelmann). Diese beruht auf dem Vorhandensein eines zuverlässigen Wartepersonals, sowie aller „klinischen" Einrichtungen, Medikamente, Instrumente usw., der „permanenten ärztlichen Überwachung" (Schauta), ferner auf der vollständigen Ausschaltung der drängenden Hebamme, Angehörigen, der Gebärenden selbst. Von Beginn der Wehentätigkeit ist die Gebärende in steter Beobachtung und das Bild des Falles ist daher (Beckenmessung, Krankenblatt) ein klares.

Für den Fall des Eingreifens sind gute Beleuchtung, luftige saubere Räume und jederzeit einwandfreie Asepsis vorhanden.

Der Operateur ist Spezialist, die Assistenz geübt, die Narkose gesichert.

Für größere Eingriffe fällt weg die schwer lastende Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes.

Die Nachbehandlung ist gesichert durch ebenfalls die klinischen Vorteile und durch Wegfall der Sorge für Speise und Trank.

Die Schwierigkeiten der Hausgeburtshilfe sind demgegenüber recht erheblich.

Hier wird der Arzt meistens erst nach langem Kreisen gerufen, die Hebamme ruft zu früh oder zu spät, es entsteht je nach der Entfernung großer Zeitverlust durch den Weg, den Bote und Arzt zurückzulegen haben vom Moment der erkannten Gefahr ab, sodann sind vielfach keine prophylaktischen Maßregeln mehr zu treffen, der Arzt findet öfter „verschleppte" Geburten.

Bei der ganzen Geburtsleitung im Hause ist ein viel geringerer Aufwand von Asepsis. Die Hebamme kann nicht den Grad der Sauberkeit der Hände haben wie die Anstaltshebamme. Auch der Arzt selbst ist gezwungen, mitunter unmittelbar nach Berührung eitriger Stoffe ans Kreisbett zu treten.

Die ganze Umgebung: Zimmer, Bett, Waschgefäße, Beleuchtung, allgemeine Sauberkeit, liegen sehr im argen. Ekstein erachtet denselben geburtshilflichen Komfort wie in den Anstalten bei den Hausgeburten nur in 10% als vorhanden.

Bei indolenter Bevölkerung, schlecht angelernter, stets anderer Hebamme, muß der Arzt Wärterin, Assi-

stent und Operateur in einer Person spielen, geübte Assistenz ist eine Seltenheit.

Der Arzt steht einem aufgeregten Publikum, einer nach Erlösung rufenden Patientin gegenüber; wenn er nicht handelt, droht man mit einem anderen Arzt.

Nach Ekstein erwartet man von ihm als deus ex machina nicht die wissenschaftliche Lösung des Falles, sondern direktes Eingreifen und Hilfe.

Der Arzt selbst ist vielfach durch die lange Fahrt, Unbilden der Witterung, Mangel an Schlaf, physisch und psychisch ermüdet, zumal es ihm meist unmöglich ist, sich in der Zwischenzeit zu Hause auszuruhen oder etwas Nahrung zu sich zu nehmen.

Die Schwierigkeiten der eigentlichen Landpraxis schildern eingehend v. Winckel und Wawor.

Hier den Kopf oben zu behalten, betont Bokelmann, und sich nicht zu vorzeitigem Eingreifen verleiten zu lassen, das bleibe die Haupttugend eines guten Geburtshelfers. Von einer tüchtigen Hebamme unterstützt, solle der Arzt unter Ab- und Zugehen den Geburtsverlauf verfolgen, das werde seine körperlichen und seelischen Kräfte am besten aufrecht erhalten.

Was schließlich die Nachbehandlung im Hause betrifft, so steht sie dadurch schlechter da, daß die Frauen alsbald aufstehen und gleich schwer arbeiten.

Dohrn weist besonders auf die mannigfache Entsagung hin, die die Berufstätigkeit vom Arzt als Geburtshelfer verlangt: zu verzichten auf die Ausübung einer Geschicklichkeit, die man sich durch mühsame Arbeit erworben, zu entbehren des Ruhmes, den die

Pflegebefohlene dem Eingriff des Arztes nur zu gern zuzuschreiben geneigt ist.

Demgegenüber liegen die Vorteile der häuslichen Geburtshilfe weniger auf dem Gebiete der verstandesmäßigen Berechnung als auf dem Gebiete des Gefühls und der Sozialpolitik.

Besonders Nassauer spricht für die Geburtsleitung im Hause, und er vertritt hier den Standpunkt des praktischen Arztes im allgemeinen.

Durch die Geburt zu Hause bleibt die Frau in ihrer schwersten Stunde, die aber doch wieder als etwas ganz Natürlich-normales gilt, in ihrer ganzen Umgebung, bei ihrem Mann, ihren Kindern, dem Arzte ihres Vertrauens, ihrer bisherigen Hebamme. Da soll die Frau denn weggerissen werden, fort in einen kalten, weiß angestrichenen Gebärsaal, zu fremden Ärzten, fremden Pflegerinnen.

Ganz absehen wollen wir noch von den finanziellen und sonstigen Schwierigkeiten, ständig soundsoviel Prozent sämtlicher Frauen in Kliniken zu haben.

Frank sieht es gerade für äußerst dringend an, bei der Proletarierin, die arm an Geld, Idealen des Lebens, arm an Hoffnung, Vertrauen, innerer Zufriedenheit und innerem Glück, den Familiensinn hochzuhalten, indem man die Frau in der Familie läßt und vielmehr die Wochenbettshygiene im Haus verbessert, den Mangel an sachverständiger Hilfe durch bessere Bezahlung hebt und für Speise und Trank sorgt.

Den Unterschied zwischen der Geburtshilfe der niederen Stände und der besseren Klassen be-

spricht Bokelmann. Abgesehen von der Sauberkeit, der bequemeren Operationsmöglichkeit, der frühzeitigeren Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in der Schwangerschaft weist er darauf hin, daß die niederen Stände als I para die Zange seltener bedürfen, infolge einer besseren Durcharbeitung der Muskulatur, ferner einer weniger bequemen, fettansetzenden Lebensweise, sowie durch einen, wenn nicht in der Regel, so doch häufig jahrelang mehr oder weniger illegitimen sexuellen Verkehr und mit ihm einer besseren Dehnung der Vagina und der Dammgebilde. Demgegenüber stehen die besseren Klassen, bei denen gerade die am häufigsten zur Zange führende Geburtsstörung bei I paris vorwiege, nämlich die Wehenschwäche in der Austreibungszeit, hingegen Querlage, enges Becken und plazenta praevia weniger zu finden seien.

Welche Hauptbedingungen stellen nun die Autoren für die Erfolge des Einzelarztes auf?

Donat fordert genaue Beobachtung, unbedingte Klarlegung des Falles, genügende Technik und Beherrschung der Asepsis, Goenner außerdem besonders Vermeidung roher Gewalt.

Büttner verlangt Verminderung der „Notfälle“ durch häufigere Untersuchung während der Gravidität und frühzeitige Voraussicht etwa zu erwartender Komplikationen.

Ekstein äußert die bestimmte Zuversicht, daß die konservative Geburtshilfe der Hausgeburten erfolgreich mit der klinischen Geburtshilfe rivalisieren könne, „wenn peinlichste Asepsis mit exakter Diagnosenstellung und geburtshilflicher Technik innig gepaart sind“.

Alle Geburtshelfer legen besonderen Wert auf die Pflege der Hände.

Möglichste Noninfektion der Hände verlangen Donat und Sänger.

Nach Fehling „sollte jede Berührung unreinen Materials als Schmerz, als Sünde empfunden werden". Um Verunreinigung der Hand vorzubeugen, zieht er, wie auch andere Autoren, bei unreinen Fällen Gummihandschuhe an.

Konopka benutzt Gummihandschuhe in der gewöhnlichen Sprechstunde, um keine virulenten Keime zu acquierieren.

Markoe und Ekstein weisen ebenfalls auf die hohe Bedeutung der Noninfektion hin.

Bokelmann betont 1899 die Desinfektion der Hände, nicht bloß vor der Vornahme einer Untersuchung, sondern vor allem unmittelbar nach jeder Berührung infektiöser oder verdächtiger Stoffe.

Falls er doch die Hände verunreinigt hat, setzt Donat mindestens 2 Tage seine geburtshilfliche Tätigkeit aus. Für diese Selbstsuspension tritt auch Sänger ein.

Semmelink, wenn selbst septisch, überläßt anormale Geburten einem Kollegen, bei gewöhnlicher Geburt benutzt er in diesem Fall Gummihandschuhe.

Außerordentlich strenge geht Puppel vor, der vom Geburtshelfer verlangt, unter allen Umständen auf eins zu verzichten: entweder auf die Leitung von Entbindungen oder auf die Behandlung irgendwelcher septischer Erkrankungen.

Foges fordert 1907, die Geburtshilfe treibenden Ärzte sollen septische Fälle ablehnen, oder in größeren Städten sollten sich „Spezialärzte für septische Fälle“ etablieren.

Bereits von Schneider 1897 wird für den Landarzt eine Abstinenzzeit nach Berührung von infektiösem Material als undurchführbar bezeichnet.

Nach Hirsch 1906 wird der Arzt auch genötigt sein, manchmal unmittelbar nach Berührung infektiösen Materials direkt ans Kreißbett zu treten. Die Frage einer Ablehnung der Entbindung würde dazu führen, daß, falls er eine Puerperalsepsis behandelt, 4—5 Monate lang jede sonstige geburtshilfliche Tätigkeit für ihn wegfiele. Er hebt die Wichtigkeit hervor, „unmittelbar nach Berührung eitriger Stoffe eine sachgemäße Desinfektion vorzunehmen“.

Auch Ekstein konstatiert Schwierigkeiten in der strengen Durchführung einer Noninfektion, dort, wo z. B. für einen großen Distrikt nur ein Arzt vorhanden ist, oder wenn der Arzt unmittelbar und rasch zur Geburt gerufen wird. Deshalb verlangt er Benachrichtigung des Arztes bei Beginn der Geburt, damit dieser sich von Berührung mit Eiterfällen fernhalten könne.

Über die innere Untersuchung heißt es noch in einem Hebammenlehrbuch vor 60 Jahren, die Hebamme müßte diese in der Austreibungszeit so oft als möglich vornehmen, damit sie durch das Vorrücken des kindlichen Schädels nicht überrascht werde.

Demgegenüber wollen jetzt manche jedwede innere Untersuchung, selbst durch den Arzt, ausgeschlossen wissen.

Donat fordert allerdings noch für alle Fälle die innere Untersuchung.

Semmelink hingegen untersucht nicht innerlich, außer wenn die Wehen nicht zum Ziel zu führen scheinen oder wenn der Muttermund vollständig erweitert scheint, ohne daß Preßwehen einsetzen oder bei sonstigen pathologischen Erscheinungen.

Praktiker, die rektal untersuchen, habe ich unter den mir zugänglichen Veröffentlichungen nicht gefunden.

Für Untersuchung und Operation herrscht allgemeine Einigkeit in der Forderung strengster Desinfektion der Hände und Instrumente, sowie auch der äußeren Genitalien.

Schneider ermahnt zu peinlichster Achtsamkeit auf die Hebammen und zur Erziehung der Angehörigen zu größter Reinlichkeit für den Wochenbettsverlauf.

Schröder glaubt noch, an strengste Sauberkeit in der eigenen Wäsche und Kleidung erinnern zu müssen.

Über die Frage der Desinfektion der inneren Genitalien sind die Meinungen verschieden.

Bokelmann desinfiziert Scheide und Uterus nicht.

Donat macht nur Ausspülungen bei übelriechenden Sekreten, Fieber und 3--4stdl. bei langer Geburtsdauer eine Scheidenspülung.

Austin hingegen spült nach Beendigung des 3. Stadiums in allen Fällen Vulva, Vagina und Uterus! mit Sublimat 1:4000.

Hirsch gemahnt daran, bei der Untersuchung das Gewebe nicht zu malträtieren, auch Bayer-Straßburg weist auf sanftes Untersuchen hin.

Hirsch erachtet die geburtshilfliche Operation zwar meistens als dringlich, aber selten so dringlich, daß nicht genügend Zeit zu Ordnung und Reinigung des Zimmers und der Umgebung sowie zur Desinfektion übrig bliebe.

Auch nach Bokelmann hat man immer genügend Zeit zu gewissenhafter Desinfektion: „Geburtshilfliche Komplikationen, die ein Eingreifen ohne Befolgen der antiseptischen Vorschriften entschuldigten, gibt es nicht", und „der Mangel des äußeren Komforts, die ungünstigen hygienischen Verhältnisse, die unselige Eile, die für die Desinfektion keine 5 Minuten übrig hat, um nachher der Infizierten, eine größere Anzahl von Stunden opfern zu müssen, die Schwierigkeiten der Beschaffung der nötigen antiseptischen Mittel, des antiseptischen Materials, alles das sind wohl Dinge, die im einzelnen Falle die Schwierigkeit einer aseptischen Durchführung der Entbindung um etwas erhöhen können, aber unmöglich machen sie diese niemals!"

Von den geburtshilflichen Praktikern sprechen sich mit Döderlein und Küstner für unbedingte Anwendung von Gummihandschuhen bei der Geburt aus: Austin, Clarke und Gaus.

Die meisten sind jedoch mit Fehling dagegen z. B. Sievert, Heil, Henkel.

Fleurent benutzt sie sehr selten.

Semmelink führt zwar Handschuhe mit sich, benutzt sie jedoch nur, wenn er septisch ist oder die Patientin septisch scheint.

Hirsch rät nur zum Gebrauch derselben, wenn

man kurz vorher mit infektiösen Stoffen in Berührung gekommen ist.

Falls Narkose angewandt werden soll, ist immer nur von Chloroform die Rede. Grundsätzlich narkotisieren bloß Zürcher, Santino und Newell, welch letzterer die Ansicht äußert, daß die moderne Frau der amerikanischen Großstädte vielfach physisch und fast immer psychisch unfähig sei, eine Geburt spontan und ohne Anästhesie zu überstehen. Nur im Notfall wenden Narkose an Schneider und Ekstein. Beck hat bei 200 Zangengeburten 23 mal Narkose gebraucht, Heil von 144 Zangen 32 mal, Fleurent bei 71 Zangen 30 mal, davon 27 mal durch Kollegen. Fleurent und Heil narkotisieren nur bei schwierigen Operationen und sehr empfindlichen Frauen, Walther nur, wenn ein Kollege die Verantwortung übernimmt. Semmelink gibt im ersten Stadium der Geburt und bei I paris gern 0,01 Morph. subkutan.

Ahlfeld, Döderlein u. a. fordern regelmäßige Temperaturmessung auch im Privathaus.

Semmelink glaubt, daß auch sein Material hohen Morbiditätssatz aufweisen würde, wenn man jede einmalige Temperaturerhöhung z. B. durch Stuhlverhaltung, kleine Mastitis als pathologisch betrachtete.

Fleurent gibt die Entstehungsmöglichkeit kleinerer Temperatursteigerungen zu, da der Praktiker nicht jede kleinliche Wochenbettbeobachtung und -behandlung durchführen könne.

Regelmäßig beobachten kann nach Bokelmann der praktische Geburtshelfer nur einen Teil der Frauen.

Das Aufstehen der Wöchnerin stellt Kreutz-

mann ganz ins Belieben der Frau. Semmelink läßt sie am 11. Tage abends zum ersten Male, dann 2mal täglich auf kurze Zeit, täglich etwas länger aufstehen. Am 12. Tage erhält sie eine Glenard'sche Leibbinde, die sie 6—8 Wochen tragen soll. Pilf ist für 10 Tage strenge Bettruhe bei der Frau aus dem Volke. Auch Wawor und Ekstein äußern sich gegen das Frühaufstehen.

Semmelink sagt, daß es nur wenig Mühe macht, die Mutter zum Selbststillen zu veranlassen; Schwierigkeiten eröffneten sich erst beim Auftreten von Schrunden, Schmerzen oder wenn das Kind nicht gedeiht, schließlich besonders wenn Prospekte von Kindernährmittelfabriken dazwischen kämen. Das Verschwinden jeder Stillnot erhofft Fehling von der allgemeineren Einführung von Wöchnerinnenheimen.

Pilf stellt fest, daß 1897—1908 bei der Hälfte aller Wochenbettserkrankungen des Regierungsbezirks Wiesbaden ärztliche Kunsthilfe stattgefunden hatte und zieht hieraus den bekannten Schluß, daß die regelwidrig verlaufenden Fälle eine besondere Gelegenheit zu Erkrankungen bieten. Von diesen Kunsthilfefällen war es in mehr als der Hälfte aller Fälle die innere Lösung der Nachgeburt, die eine Erkrankung zur Folge hatte. Unter 990 ärztlichen Kunsthilfefällen, denen Fieber folgte, waren

530 mal manuelle Plazentarlösung,
295 mal Zange,
231 mal Wendung,
43 mal Perforation,
70 mal andere Operationen

vorhergegangen. In 376 Fällen waren Dammrisse vorhanden, die vielfach als Ursache des Fiebers angesehen werden mußten, besonders in 123 Fällen, wo sie nicht genäht worden waren.

Ausgehend von der Feststellung, daß von den in Mecklenburg-Schwerin 1887 - 1897 an Kindbettfieber gestorbenen Frauen zwei Drittel aller vom Arzt entbunden worden sei, kommt Schauta zu dem Schlusse, „daß eine Geburt, wenn sie pathologisch verläuft oder operativ zu Ende geführt werden muß, ein besseres Resultat verspricht, wenn sie sich in einer Anstalt vollzieht als im Privathaus".

Puppel hat demgegenüber die Puerperalfieberfälle im Kreise Mainz 1895—1908 durchgesehen und feststellen können, daß die Hälfte aller auf verschleppte Aborte entfällt und daß sich die übrigen Fieberfälle weniger auf operative als gerade auf normale Geburten mit Retention der Eihäute und auf die Gonorrhoe erstrecken.

Ekstein weist darauf hin, daß der Ausgang der Hausgeburten „im Verhältnis zum Komfort" ein verhältnismäßig günstiger ist.

Schwab möchte sogar den Schmutz in Privathäusern als verhältnismäßig „aseptischen Schmutz" bezeichnen, da die Asepsis, die für das Privathaus genügt, die Klinik zu schlimmen Resultaten führen würde, weil der Schmutz im Privathaus sich aus Küchenabfällen und Fabrikruß zusammensetzt, hingegen der der Klinik aus Operationsabfällen und Laboratoriumsresten.

Konopka glaubt gezeigt zu haben, daß die Angst vor mangelhafter Asepsis im Privathause eine übertriebene

ist, und daß sich große eingreifende Operationen doch mit gutem Gelingen ausführen lassen.

Operationen wie den Kaiserschnitt wollen Schauta und Arth. Müller für die Praxis gar nicht in Frage kommen lassen.

Baisch sagt, er gehöre, wie alle chirurgischen Operationen, überhaupt nicht ins Privathaus.

Und doch haben so manche Praktiker wie Uthmüller, Ekstein u. a. m. erfolgreich für Mutter und Kind operiert.

Bereits in der vorantiseptischen Zeit konnte L. Winckel (Vater) in Gummersbach von 16 Kaiserschnitten 8 durchbringen.

Fehling äußert sich in seiner „operativen Geburtshilfe der Praxis und Klinik" vor einer genauen Anleitung zu dieser Operation folgendermaßen: „Selbstverständlich wird man die Operation lieber in einer Klinik machen, es liegen aber genügend Beispiele dafür vor, daß sie auch im Privathause selbst unter einfachsten Verhältnissen möglich ist."

Bereits 1891 fordert Ahlfeld sogar für Landgemeinden Unterkunftshäuser, in welchen Frauen, denen es zu Hause nicht möglich ist, ihr Wochenbett abzuhalten, für die Zeit der Geburt und des Wochenbetts untergebracht werden; Frauenvereine möchten für Wäsche, die leibliche Pflege der Wöchnerin, eventuell aber auch für die Angehörigen sorgen.

Bezirksarzt Walther rät 1902 zur Überführung der schwierigeren geburtshilflichen Fälle in ein Krankenhaus, falls man ein solches zur Verfügung habe.

1908 tritt Schauta, ferner auch v. Herff, für die Vermehrung der Entbindungsanstalten ein, wo Hausarzt und eigene Hebamme beibehalten werden sollten.

Fehling empfiehlt 1908, nach dem Vorgang von Mannheim, Wöchnerinnenheime zu gründen. Er macht aufmerksam, daß auch in England William Sinclair zunächst für Manchester ein munizipales Maternity Home zu schaffen vorschlägt mit einem geschulten Stab von Geburtshelferinnen, wo der Hausarzt beibehalten werden sollte, höchstens dürfte ein „Resident Assistent" vorhanden sein, welcher die Ärzte eventuell in ihrer operativen Tätigkeit unterstützen würde. Fehling befürwortet, statt mit Denkmälern, das Gedächtnis großer und edler Menschen durch solche Stiftungen zu ehren.

Auch Sellheim wünscht zur Ausführung von großen operativen Eingriffen nicht ein improvisiertes, sondern ein bereitgehaltenes, jedem zugängliches Milieu: für jedes kleine Krankenhaus ein aseptisches Entbindungslokal, für jedes größere eine geburtshilfliche Abteilung, für die größeren Städte geburtshilfliche Kliniken. Dadurch sollten alle Ärzte die Möglichkeit haben, die in der Klinik gelernten größeren Operationen mit Sicherheit auszuüben.

Scharf hiergegen wendet sich 1909 Eberhart, da durch die Errichtung von Operationszentralen höchstens der Polypragmasie Tür und Tor geöffnet würde; es werde dort mancher eine Operation versuchen, die er im Privathause nicht machen würde.

Entbindungsheime wiederum fordert Nassauer.

Mirabeau glaubt die Möglichkeit einer klinischen Leitung aller Geburten zeigen zu können.

Frank hingegen findet dies zu kostspielig.

St. v. Toth möchte die klinische Geburtshilfe außer auf die allerärmste Bevölkerung besonders auch auf den Mittelstand sich erstreckt wissen, als jene, deren Heim nicht die zur Geburt wünschenswerten günstigen Bedingungen darbietet.

In Amerika tritt a. a. namentlich E. Davis für die Notwendigkeit von Hospitälern für Gebärende ein.

Gegenüber den Bestrebungen, dem praktischen Arzt immer mehr die Geburten zu entziehen, ihn gleichsam nur zu einer Annahmestelle für die Kliniken zu machen, sind die Veröffentlichungen der geburtshilflichen Resultate von Praktikern von größter Wichtigkeit.

Wenn wir solche betrachten, so werden wir feststellen können, daß nicht, wie Adler meint, zu jeder Vornahme eines chirurgisch-geburtshilflichen Eingriffs klinikgemäße äußere Umstände — Assistenz, Operationssaal — erforderlich sind, sondern müssen eher Puppel zustimmen, der nur die großen Schnittoperationen und solche, die peinliche Nachbehandlung erfordern, der Klinik zuleiten will, während die große Mehrzahl der Eingriffe sich im Hause erledigen ließe; nach ihm ist die technische Schulung des Geburtshelfers für die Wahl zwischen Klinik und Haus entscheidend.

Auf die zur Erzielung guter geburtshilflicher Resultate notwendige genaue technische Schulung ist in der Ausbildung das größte Gewicht zu legen (Puppel, Glaserfeld).

Fehling glaubt „mit der praktischen Unterweisung in der Zange viel mehr für die Ausbildung der jungen

Ärzte zu tun, als wenn man ihnen Angst vor der Zange macht und die Ausführung nie zeigt".

Ekstein verlangt, „nicht allein Geburtshilfe zu lehren, wie sie sein soll, sondern wie sie ist".

Fischer erwähnt besonders zwei praktische Ärzte, von denen er bei Gelegenheit von Assistenzleistung viel gelernt habe.

Anschaulich schildert Sellheim, wie in der Klinik alles vorbereitet wird und die Studenten dieses als selbstverständlich ansehen, während der Arzt in der Praxis das alles einzeln selbst anordnen und machen muß.

Wie stellen sich nun die Autoren zur Zangenoperation?

Münchmeyer und Wahl (Arch. f. Gyn. Bd. 36 bezw. Bd. 50) haben die Zange als das blutigste Instrument bezeichnet.

Ahlfeld sieht sie unter allen Umständen als ein gefährliches Instrument an, auch v. Winckel hebt die Gefahren der Zange hervor.

Boer hat in 0,5 % seiner Fälle die Zange angewandt, Osiander dagegen in 40 % seiner Fälle, wie wir durch v. Rosthorn erfahren.

Donat nennt die Zange eine blutige Operation, Verletzungen seien fast regelmäßig, selbst bei erfüllten Vorbedingungen. Er selbst hat unter 134 Zangen 75 Dammverletzungen

Fehling bezeichnet jedoch den Forzeps „als Segen für Mutter und Kind" und als „gewaltige Übertreibung, wenn man die Zange als das gefährlichste Instrument hinstellt".

Zahlreich sind gerade die Praktiker, die Fehlings Anschauung teilen.

Heyl sagt „die typische Zangenoperation ist im allgemeinen eine für Mutter und Kind ungefährliche Operation. Die dadurch erzeugten Scheidendammverletzungen haben eine große Neigung zur Heilung und sind ohne Nachteil für die Mutter".

Nach Jakub ist die rationelle Anwendung der Zange weder für Mutter noch für Kind mit Gefahren verknüpft.

Bokelmann hat schlimme Verletzungen der Scheide und Cervix nicht beobachtet. Er wendet sich offen gegen Münchmeyer und Wahl und kommt zu dem Schlusse, daß die Zange „in den Händen eines vorsichtigen und erfahrenen Geburtshelfers ein unschädliches und segensreiches Instrument" ist.

Fleurent nennt die Zange in der Hand eines Geübten ein „erlösendes" Instrument.

Zur Beurteilung der Spätfolgen von Zangenoperationen hat Winternitz aus dem Materiale der Tübinger gynäkologischen Poliklinik 331 Kranke herausgesucht, bei denen die erste Entbindung mit der Zange beendigt wurde, und er versucht deren spätere Leiden: Lageveränderungen, Prolapse, alte tiefgehende Narben mit dieser Zange in Zusammenhang zu bringen. Bokelmann wendet dagegen ganz richtig ein, hierzu müßte man die Gesamtzahl aller Zangen erfahren, die in der Gegend stattfanden, die der Tübinger Poliklinik das Material liefert, denn die Nichterkrankten meldeten sich nicht.

Donat hat gern seitliche Inzisionen gemacht, mit besonderem Nutzen bei vorher gerissenem und genähtem

Damm, aber trotzdem noch Dammrisse bei seinen Zangenoperationen gesehen; er näht immer sorgfältig.

Von Schwabs 63 Zangen haben die 23 Mehrgebärenden keine Verletzung, während von den Erstgebärenden 9 Dammrisse ersten und 6 solche zweiten Grades aufweisen.

Wawor hat in $^1/_3$ seiner Zangen Scheide- und Dammrisse.

Heil empfiehlt, alle Scheiden- und Dammverletzungen stets durch die Naht zu schließen, ob sie bluten oder nicht.

Crawford macht seitliche Einschnitte im allgemeinen nur bei älteren I paris. Er hat 2 mal kompletten Dammriß erlebt.

Beck hat unter 200 Zangen 130 Verletzungen der Mutter, Episiotomien mitgezählt, darunter 3 totale Dammrisse. Alle Verletzungen, die genäht wurden, heilten p. p., nur 2 mal war Sekundärnaht erforderlich.

Semmelink betont, daß sich nicht immer ein Dammriß vermeiden lasse. Er legt auf Dammrisse weniger Gewicht als auf Asphyxien. Ihm kam nur 1 kompletter Dammriß vor, und zwar wo früher schon ein kompletter genäht worden war.

Fleurent hat unter 71 Zangen 1 totalen Dammriß und 39 Risse I. und II. Grades (55 %), darunter 5 Episiotomien.

Bokelmann macht darauf aufmerksam, daß „Verletzung“ ein sehr relativer Begriff ist. Die einen zählen jeden kleinsten Schleimhautriß, die andern nur solche, welche Naht erfordern. Die Notwendigkeit der Naht hinwiederum ist ganz subjektiv. Nach seiner Ansicht

müssen gezählt werden: Schwere Läsionen, die eine direkte Lebensgefahr oder dauernde spätere Funktionsstörung zur Folge haben können, also: komplette Dammrisse und die größeren Zerreißungen der Scheide und der Cervix. Bokelmann hat schlimme Verletzungen von Scheide oder Cervix nicht beobachtet. Inzisionen von Damm, Scheide oder Cervix macht er ganz selten. Er hält für entbehrlich, isolierte Scheiden- oder Cervixrisse zu nähen. Bei etwaiger Nachblutung untersucht er möglichst nicht.

Ein richtig amerikanischer Vorschlag ist der von Rittenhouse gemachte, nämlich bei I paris generell die Zange anzulegen „um einen Dammriß zu verhüten". Damminzisionen verwirft dieser Autor.

Den Gebrauch einer Achsenzugzange finden wir bloß von Crawford erwähnt.

Bokelmann teilt mit, daß er keine anwendet.

Fehling lehrt sie zwar, doch hat er vielfach den Eindruck gehabt, daß er mit der gewöhnlichen Zange dasselbe hätte leisten können; immerhin erkennt er an, daß manchmal mit der Tarnier'schen Zange noch ein lebendes Kind erzielt wird, das sonst verloren wäre.

Die sogenannte „hohe Zange" empfehlen von den Praktikern nur Goenner und Drejer.

Unter Becks 200 Zangen sind 25 „hohe, als Probeinstrument".

Wawor wendet von 98 Zangen 5 mal, Fleurent von 71 4 mal, Heil von 144 bloß 3 mal die hohe an.

Walther will die hohe Zange überhaupt nicht mehr versuchen.

Die meisten sind mithin mit Döderlein der Ansicht, daß die hohe Zange aufs äußerste beschränkt bleiben muß.

Einige Kliniker klagen noch immer über zu häufige Ausführung von „Luxuszangen".

Von Praktikern hält Schneider die Zange überhaupt für Luxus.

Kenna spricht für in jeder Hinsicht exspektatives Verfahren.

Can führt die „schlechten" Resultate in der Geburtshilfe darauf zurück, daß man der Natur häufig vorgreife im Vertrauen auf die Antisepsis.

Die große Mehrzahl der Praktiker sieht jedoch mit Drejer für die Praxis im Gegensatz zur Klinik ein häufigeres operatives Eingreifen als notwendig an.

Neuerdings üben ja auch die Hypophysenpräparate einen einschränkenden Einfluß auf die Zangenfrequenz aus, wie bereits viele Autoren, z. B. Kalefeld, Hoytema, Fuchs u. a. m. an Beispielen aus der Praxis gezeigt haben.

Vor Einführung des Pituitrins betrug in der Straßburger Klinik der Prozentsatz der Zangenanwendung in der Privatabteilung 20 %, jetzt hingegen 12 %, in der übrigen Klinik früher fast 4 %, jetzt 3 % (Hausmann, Diss. „Ein Vergleich des Geburtsverlaufes und Stillgeschäfts bei den oberen und arbeitenden Klassen").

Welche Indikationen geben nun die Praktiker an zur Anwendung der Zange?

Engel hat unter 78 Zangen 18 mal „wegen Lebensgefahr" der Mutter oder des Kindes, 60 mal „im Interesse" der Mutter oder des Kindes operiert.

Heils Zangen resultieren zu 47,9 % aus „absoluter“ und dem Rest aus „relativer“ Indikation. Er betrachtet die Zange als „kein Luxus“, wenn sie dann angelegt wird, wenn die Geburt mehrere (3—4) Stunden lang nicht fortschreitet, wenn trotz anderer Maßnahmen kein Fortschritt vom Arzt selbst zu sehen ist und wenn alle Vorbedingungen erfüllt sind.

Nach Donat wird der Arzt die wirkliche Gefahr für Mutter und Kind nicht erst eintreten lassen. Erfahrung und genügende Beobachtung des Einzelfalles wird ihm sagen, daß bei längerem Warten Gefahr droht und diese mit der Zange zu vermeiden suchen, denn die Mortalität der Kinder nach Zangengeburten in Kliniken beweise, daß dort zulange gewartet werde.

Kynoch hält den häufigeren Gebrauch der Zange für die Mutter nicht für gefährlicher und für das Kindesleben vorteilhafter, abgesehen von der Annehmlichkeit der abgekürzten Geburt für die Mutter.

Ekstein pflegt nicht zu warten, bis die Gebärende „nicht mehr kann“, sondern läßt sich auch von Fall zu Fall von der strengen Schulregel abdrängen. Allein bei 22 von 104 tot zur Welt gebrachten Kindern sieht er die Todesursache meist in verspäteter Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe.

Walther stellt die von Klinikern sogenannte Luxuszange auf dem Lande unter bestimmten Bedingungen als „zwingende Notwendigkeit“ hin. Von seinen 35 Zangenoperationen seien 13 in diesem Sinne als Luxuszangen anzusehen.

Wawor erblickt in der Wehenschwäche die häufigste Zangenindikation.

Auch Beck erkennt Wehenschwäche, Erschöpfung und langes Kreißen als Indikation an.

Von Schwabs 63 Zangen sind 12 aus strenger Indikation, die übrigen 51 aus relativer Indikation, „die ein Reservat der Privatentbindungen sind, die man dort zwar nicht umgehen, aber auch nur verantworten kann, wenn sie keinerlei Schaden für Mutter und Kind nach sich ziehen".

Newell tritt für nicht zu spätes Eingreifen ein, denn „die Operation des Notfalls gibt in der Regel schlechtere Resultate als die Operation der Wahl".

Fleurent erkennt bei relativer Indikation die typische Zange als in der Privatpraxis unentbehrlich an. Er wendet sich gegen Menge, der behauptet, die Zange werde von den Hebammen dekretiert. Die Hebamme ist vielmehr verpflichtet, bei zu langer Austreibungsperiode den Geburtshelfer zu rufen.

Nach Bokelmann ist das klinische Schulschema — Zange nur bei Gefahr für Mutter oder Kind — in der Praxis nicht ausreichend durchzuführen. Er hält die Zange für berechtigt, „wenn irgend welche dringliche Umstände die Beendigung der Geburt wünschenswert erscheinen lassen und diese Beendigung ohne Gefahr für Mutter und Kind herbeigeführt werden könnte". Er hat also, wie er sagt, manche Frau mit der Zange entbunden, die vielleicht einige Stunden später spontan niedergekommen wäre. Dagegen möchte er auf das allerschärfste bei der Indikationsstellung zwischen leichtem und schwerem Forzeps unterschieden wissen. Er selbst entschließt sich zur technisch leichten Zange leicht, zu einer voraus-

sichtlich schweren nur auf strenge Indikation hin. Bokelmann möchte nicht für richtig anerkennen das klinische Eingreifen, wenn Gefahr für Mutter oder Kind bereits besteht. Die Wehenschwäche, trotz ihrer Gefahrlosigkeit als solche, gibt doch die häufigste Zangenindikation. Denn wenn Gefahr für das Kind wirklich als bestehend diagnostiziert wird, kommt die Hilfe häufig zu spät. Also erscheint es Bokelmann für richtiger, die Geburt vor Eintritt dieser Gefährdung in aller Ruhe zu beenden als nach eingetretener Gefahr mit möglichster Beschleunigung arbeiten zu müssen.

Daß die Praktiker nun durch ihre Erfahrungen dazu gekommen sind, für die Praxis Wehenschwäche, Erschöpfung der Kreißenden und dadurch bedingte längere Austreibungszeit als Indikation zur Beendigung der Geburt anzusehen, wird uns klar, wenn wir folgende, von Seitz angegebene Daten berücksichtigen.

Er verzeichnet bei

1	Stunde Austreibungszeit	0,8 %	Totgeburten
1—2	Stunden „	1,4 %	„
2—4	„ „	1,5 %	„
4—6	„ „	3,6 %	„
über 6	„ „	6,0 %	„

(Döderlein hat 1910 ähnliche Zahlen aufgestellt).

Von den Totgeburten berechnet er nur 20 % auf enges Becken, 5 % auf kranke Mütter und Mißgeburten, 10 % auf ungünstige Lagen, jedoch 65 % auf ungenügend erweiterte Weichteile, von welch letzterer Kategorie viele gerettet werden könnten, „wenn wir sie beizeiten

aus ihrer mißlichen Lage befreien z. B. durch die Zange". Er macht auch aufmerksam darauf, daß in Kliniken mit geringer Operationsfrequenz eine große Anzahl von Kindern rein asphyktisch zugrunde geht, während bei Kliniken mit höherer Operationsfrequenz reine Erstickungstodesfälle fast ganz vermißt werden.

Bei länger dauernder Geburt wird auch die Mutter geschädigt durch Einwanderung von Mikroorganismen, durch Nekrose der Weichteile und dadurch vielleicht bedingte Blasenfisteln. Schließlich muß trotz allen Wartens, da jetzt direkte Gefahr eintritt für Mutter oder Kind, doch operiert werden, und dann sind die Bedingungen in jeder Hinsicht ungünstiger.

Da bei uns die Mehrzahl der Geburten von den Hebammen allein geleitet wird und da es sehr verschieden ist, ob überhaupt und wann diese oder jene Hebamme in diesem oder jenem Geburtsfall den Arzt um Hilfe angeht, so muß auch der Prozentsatz des operativen Eingreifens im Verhältnis zur ärztlich geleiteten Geburtenzahl verschieden sein, und man kann keinesfalls auf die in den Einzelberichten der Ärzte genannten Zahlen den Vorwurf der Polypragmasie aufbauen.

Donat hat z. B. von 619 Geburten 229 spontan geleitet und 134 mal die Zange gebraucht.

Zürcher berichtet über 20 Spontangeburten bei 37 Zangen und 34 Wendungen.

Ekstein hat unter 783 Fällen 90 Zangen.

Schwab wendet von 103 Geburten 63 mal die Zange an, Walther von 100 nur 35 mal.

Wawor gebraucht den Forzeps unter 278 Fällen 98 mal, Hirsch unter 168 44 mal.

Der Italiener Santino begründet seine geringe Anzahl von Zangen, 8 unter 1200, ausdrücklich mit der kräftigen südländischen Bevölkerung und infolgedessen Seltenheit der Wehenschwäche.

Wawor erwähnt, daß seine 278 Geburten auf insgesamt 4000 Geburten seines Bezirks entfallen, daß der Arzt also bei 6,75 % aller Fälle gerufen worden sei.

Einen genauen Überblick über den Prozentsatz des operativen Eingreifens können nur territoriale Sammelberichte und Statistiken ergeben.

So hat Büttner Mecklenburg-Schwerins Geburtshilfe 1904 bearbeitet und Preiß die geburtshilfliche Statistik des Stadt- und Landkreises Kattowitz.

Im folgenden habe ich nun einige Zahlen der Statistik des Großherzogtums Baden vom Jahre 1911 und zum Vergleich die entsprechenden Durchschnittszahlen von 1902—1911 sowie einige analoge Daten von Büttner und Preiß zusammengestellt, ferner etliche Ziffern aus der Statistik des Deutschen Reichs angefügt.

Im Großherzogtum Baden fanden im Jahre 1911 insgesamt 60405 Geburten vom 7. Monat ab statt, davon waren 1598 Totgeburten d. i. 2,58 % von allen Geburten. Der Durchschnitt der Jahre 1902—1911 beträgt jährlich 65226 Geburten, davon 1712 Totgeburten, d. i. 2,56 %.

Es wurden 1911 2071 Zangenoperationen vorgenommen d. i. 3,4 % sämtlicher Geburten. Davon sind 91 Kinder tot d. i. 4,4 % und 7 Mütter gestorben d. i. 0,3 %.

Der Durchschnitt der Jahre 1902 - 1911 beträgt 2174 Zangen d. i. 3,3 % sämtlicher Geburten, dabei

103 tote Kinder d. i. 4,8 % und 11 tote Mütter d. i. 0,5 %.

Wendungen wurden 1911 1061 mal vorgenommen d. i. 1,7 % sämtlicher Geburten. Dabei war 276 mal das Kind tot, d. i. 26,0 % und 15 mal starb die Mutter, d. i. 1,4 %.

Die Durchschnittszahl der Wendungen 1902—1911 beträgt 1152, d. i. 1,8 % aller Geburten, darunter 305 (= 26,5 %) tote Kinder und 21,3 (= 1,8 %) Mütter gestorben.

Fälle von Plazenta praevia sind 1911 verzeichnet 267 d. i. 0,04 % aller Geburten, hiervon waren Kinder tot 82 (= 30,7 %) und Mütter 12 (= 4,5 %).

Durchschnittlich kam diese Komplikation 1902 - 1911 im Jahr 263 mal vor, d. i. 0,04 %, Kinder starben davon 98 (= 37,2 %) und Mütter 21 (= 8,0 %).

Nachgeburtsoperationen sind 1911 1887 gezählt d. i. 3,1 % aller Geburten, hiervon starben 21 (= 1,2 %) Mütter.

Der Durchschnitt der Jahre 1902—1911 beträgt 1981 Fälle (3,0 % aller Geburten) mit 24 (= 1,2 %) mütterlicher Mortalität.

Nach Büttner betrug in Mecklenburg-Schwerin die Zangenfrequenz 1904 2,8 % aller Geburten, Wendung wurde in 1,26 % vorgenommen, Plazenta praevia betrug 0,27 %.

In Baden sind 1911 im Wochenbett 170 Frauen gestorben, d. i. 0,27 % von allen Niedergekommenen; 1902—1911 waren es durchschnittlich 217 (= 0,32 %) Frauen.

Die nach Zangenoperation gestorbenen Frauen betrugen 1911 4,1 % aller im Wochenbett Gestorbenen, 1902—1911 durchschnittlich 5,1 %.

An Kindbettfieber erkrankten 1911 449 Frauen, d. i. 0,71 % aller Niedergekommenen, gestorben sind daran 91 d. i. 20,3 % der Erkrankten und 0,14 % der überhaupt Niedergekommenen.

Im Durchschnitt erkrankten 1902—1911 jährlich an Kindbettfieber 463 und starben davon 115 (= 24,8 % der Erkrankten).

Überhaupt ärztlich eingegriffen wurde 1902—1906 im Stadtkreis Kattowitz in 8,05 % aller Geburten, davon entfiel auf Zange 1,82 %, Wendung 1,19 %, Perforation 0,04, manuelle Plazentarlösung 1,33, Dammnaht 1,58, Abortausräumung 1,36 %, im Landkreis Kattowitz insgesamt in nur 3,53 %, darunter Zange 1,0, Wendung 0,82, Perforation 0,11, manuelle Plazentarlösung 0,72, Dammnaht 0,25, Abortausräumung 0,27 %.

In den drei ländlich-industriellen Kreisen Ottweiler, St. Wendel und Saarbrücken-Land mit einer Einwohnerzahl von insgesamt 350000 Einwohnern wurden 1910 12539 Kinder lebend geboren und 353 Kinder (2,7 % von allen Geburten) tot. An Kindbettfieber sind in diesem Jahre dort gestorben 17 Mütter (= 0,13 %), an anderen Folgen der Geburt 12 Mütter (= 0,09 %).

Der Regierungsbezirk Trier hatte 1910 bei 1009000 Einwohnerzahl 34457 Lebend- und 932 (2,6 %) Totgeborene; es starben 47 Mütter (= 0,13 %) an Kindbettfieber und 48 (= 0,13 %) an anderen Folgen der Geburt.

Die Rheinprovinz hatte bei 227189 Geburtsfällen

287 mal Tod der Mutter an Kindbettfieber (= 0,12 %) und 318 mal an anderen Folgen der Geburt (= 0,14 %).

Elsaß-Lothringen wies 1910 unter 49 432 Geburten 73 mütterliche Todesfälle an Kindbettfieber auf und 74 an anderen Geburtsfolgen.

Das Deutsche Reich hatte bei 1 924 817 Lebend- und 58 055 Totgeborenen des Jahres 1910 2879 mal Tod der Mutter an Kindbettfieber und 3364 mal an anderen Folgen der Geburt.

1910 entfielen auf 10 000 Geburten mütterliche Todesfälle:

in der Rheinprovinz 26,6, und zwar an Kindbettfieber 12,6,
in Elsaß-Lothringen 29,7, „ „ „ „ 14,8,
im Deutschen Reich 31,6, „ „ „ „ 14,6.

Als Famulus bei einem praktischen Arzte wurde ich nun auf dessen geburtshilfliche Tätigkeit und den Unterschied zwischen dieser und dem Betrieb in der Klinik besonders aufmerksam.

Diese Praxis, von der ich zu berichten in der Lage bin (Dr. K. Sell in Ottweiler, Bezirk Trier) ist eine Knappschaftspraxis in einem Städtchen von ungefähr 7000 Einwohnern, an der Grenze des Saarkohlenreviers gelegen.

Die Bevölkerung besteht größtenteils aus Berg-, Hüttenarbeitern und Landwirten. Die Klientel steht also im Gegensatz zur praxis aurea von Semmelink und Bokelmann und ähnelt mehr derjenigen von Cowen und Crawford. Außer auf den Bereich des Städchens, in dem in der Berichtszeit noch ein anderer Arzt prak-

tizierte, erstreckte sich die Praxis auf mehrere umliegende Dörfer mit gleicher Bevölkerung.

Im folgenden eine Übersicht über die Einwohnerzahlen der betreffenden Gemeinden im Jahre 1911 nebst Gesamtzahl der Geburten, Zahl der in Betracht kommenden Ärzte und Hebammen und Gesamtzahl der ärztlichen Hilfeleistungen (nach den Hebammenaufzeichnungen).

Orte	Einwohner	Geburten	Ärzte	Hebammen	Ärztl. Hilfe	d. i. % d. Geburten
Fürth	884	32	1	1	8	25
Lautenbach	727	20	1	1	5	25
Welschbach	650	25	1	1	2	8
Stennweiler	993	33	2	1	3	9,09
Hangard	1381	41	1	1	3	7,32
Steinbach	960	25	1	1	3	12
Mainzweiler	596	17	2	1	—	0
Ottweiler	6922	207	2	4	27	13,04
Nied.-Linxweiler	1356	61	2	2	3	4,92
Zusammen	14469	461	(5 versch.)	(13 versch.)	54	**11,66**

Zu meiner Zusammenstellung habe ich nun gewählt die Zeit vom 1. Januar 1898 bis 1. Januar 1913, d. i. einen Zeitraum von 15 Jahren, und aus den ca. 26000 Tagebuchnummern umfassenden Geschäftsbüchern alle geburtshilflichen Fälle — 896 — herausgeschrieben mit den dabeistehenden Notizen über den Geburtsverlauf.

Es handelt sich um eine Allgemeinpraxis mit täglicher Sprechstunde und Hausbesuchen, reichlich Be-

handlung von Furunkeln, Typhus, Scharlach usw., also genügend Infektionserreger.

Die Leitung der Geburt durch den Arzt von vornherein ist sozusagen ausgeschlossen, sie ist vollständig in Händen der Hebamme. Nur wenn nach ihrer Ansicht Gefahr droht, wird der Arzt gerufen. Nach der eventuellen Operation entfernt sich der Arzt und unter günstigen Umständen bekommt er das Kind erst wiederzusehen bei der Impfung.

Kleinere Temperatursteigerungen entziehen sich mithin vielfach der Beobachtung. Meldung muß erfolgen bei 38,0 °.

Die Geburten und Operationen finden in mehr minder ärmlichen Arbeiterwohnungen statt.

Der Desinfektionsmodus richtete sich im Lauf der Jahre nach den jeweiligen Vorschriften der Hebammenbücher.

Gummihandschuhe wurden nicht benutzt, auch fanden im allgemeinen keine Scheidenspülungen statt.

Jedoch wird in der übrigen Praxis nach jeder Berührung infektiösen Materials eine peinliche Desinfektion der Hände vorgenommen.

Narkose fand nur bei ganz schwierigen Fällen Anwendung. Dr. Sell glaubt, der Hebamme keine Narkose anvertrauen zu können.

Das Prinzip des Frühaufstehens wurde nicht befolgt, denn bei diesen Arbeiterfrauen ist Frühaufstehen gleichbedeutend mit Schwerarbeiten.

Die Geburtenabnahme hat sich, besonders die letzten Jahre, auch hier gezeigt.

Die wenigen Lues- und Gonorrhoefälle bei der einheimischen Bevölkerung sind sämtlich nachweisbar von außen eingeschleppt. Zur Erklärung mag dienen, daß die jungen Leute mit 16 Jahren im Bergwerk Anstellung finden und sofort schönen Lohn verdienen, mithin auch alle recht früh heiraten.

Eine Berechnung der geburtshilflichen Resultate bezüglich mütterlichen und kindlichen Todesfällen in Prozent ist bei den kleinen Zahlen eines einzelnen Praktikers sicher ganz untunlich.

Die einzelnen Fälle verteilen sich nun folgendermaßen:

Gewöhnliche Zangen	146
Wendungen	33
Spontangeburten	87
Querlage	26
Steißlage	35
Fußlage	10
Gesichtslage	9
Stirnlage	5
Vorderhauptslage	14
Scheitelbeineinstellung	6
Plazenta praevia	16
Hydramnion	7
Nabelschnurvorfall	22
Zwillinge	25
Graviditas extraut.	2
Retroflexio ut. gravidi	6
frühe Aborte	122
Übertrag	571

Übertrag . .	571
Fehlgeburten	61
Frühgeburten	3
Perforationen	10
Störung der Nachgeburtsperiode	117
Naht vom Dammriß der Hebamme . . .	64
Fieber ohne Kunsthilfe	38
Mißbildungen	23
Von Kollegen gerufen	9
Zusammen . .	896

Von den 146 gewöhnlichen Zangen betreffen 75 nachweislich Erstgebärende und 31 Mehrgebärende, bei 40 finde ich keine Angaben über Geburtenzahl.

Es wurden hierbei 29 mal seitliche Inzisionen vorgenommen und 4 mal Muttermundinzisionen.

30 Dammrisse erfolgten, durchweg nur 1. Grades, einer dritten Grades.

4 Kinder waren schwer asphyktisch, doch wurden sie zum Atmen gebracht, 1 zeigte eine größere Schädelimpression ohne weitere Folgen, 2 hatten mehrfache Nabelschnurumschlingung.

2 Kinder waren tot, und zwar zeigte sich das eine als längst abgestorben, das andere war eine Mißgeburt.

7 manuelle Plazentarlösungen erwiesen sich als notwendig sowie 2 Lösungen von Eihäuten.

2 atonische Blutungen stellten sich ein.

Temperatursteigerung zeigten 2 Frauen, doch nur gering und von kurzer Dauer.

Narkose wurde 2 mal angewandt.

3 Zangen dürften sich der sogenannten „hohen“ Zange nähern.

Bei 33 Wendungen auf den Fuß mit späterer Extraktion wurde 13 mal Narkose angewandt.

5 Kinder waren asphyktisch, wurden jedoch alle belebt; 6 waren tot, 3 davon waren mazeriert und totfaul, bei einem hörte man bereits vorher keine Herztöne, eins war vom Vertreter entwickelt (hier nachher auch Temperatursteigerung), sodaß nur eins übrig bleibt, was in Rechnung zu setzen wäre. Es erfolgten 2 Oberarmbrüche und 1 Schlüsselbeinbruch. Anderseits wurden auch Kinder gerettet, wo das vorige z. B. hatte perforiert werden müssen, oder wo die beiden ersten Kinder totgeboren waren.

Es ist 1 Dammriß 2. Grades zu verzeichnen.

2 mal wurde die Plazenta manuell gelöst, 1 atonische Blutung erfolgte, bedingt durch ein submuköses Uterusmyom, das gleich entfernt wurde, 1 Blutung kam von einem geplatzten Oberschenkelvarix, an letztere anschließend leichte Oberschenkelvenentrombose.

Spontan erfolgten 87 Geburten. Davon war bei Ankunft die Geburt mittlerweile vor sich gegangen in 13 Fällen.

Ein totes Kind vorgefunden wurde hierunter 6 mal, davon 2 mal bei Steißgeburt und 2 mal bei Nabelschnurvorfall.

4 seitliche Inzisionen wurden gemacht, 1 Inzision des Muttermundes. 2 Dammrisse sind zu verzeichnen.

1 mal war Pituitrin zu früh gegeben worden; die Wehentätigkeit, zuerst gesteigert, schlief nachher wieder ein und die Geburt fand erst am nächsten Tag statt

4 mal wurde die Geburt erfolgreich spontan geleitet bei engem Becken.

Eine Geburt erfolgte mit nur kleinen seitlichen Einschnitten, wo früher totaler Dammriß vorausgegangen war, eine weitere ebenso nach Colporhaphia ant. et post. wegen Totalprolaps.

Bei **26** Fällen von Querlage ist 3 mal stärkere Beckenverengerung verzeichnet.

5 Kinder waren asphyktisch und wurden belebt. 4 Kinder waren tot, davon 2 faul und brüchig, 1 eine 7 monatige Frucht bei 39° Temperatur und Totalprolaps, auch bei dem letzten waren vorher keine Herztöne zu hören.

Es ereigneten sich **4** Armvorfälle und 2 mal Arm- und Nabelschnurvorfall.

Zwei Dammrisse erfolgten, davon einer bei 9 Pfund schwerem Kind.

1 mal gelang es noch, den Kopf durch äußere Handgriffe ins Becken zu drücken, hierauf Seitenlage, Geburt spontan 6 Stunden später.

1 kindlicher Armbruch ereignete sich, ferner ein Oberschenkelbruch bei einem Riesenkind.

Fälle von Steißlage sind **35** verzeichnet. Hierbei erfolgte 4 mal ein kleiner Dammriß und 1 mal ein solcher 2. Grades, letzterer bei einer 37 jährigen Erstgebärenden, sonst keine Schädigungen oder Fieber der Mütter, außer einer seitlichen Damminzision und einer Muttermundserweiterung.

Narkose wurde 1 mal angewandt.

Nabelschnurvorfall fand 1 mal statt, 4 mal waren die Hände hochgeschlagen.

Schwer asphyktisch war das Kind 4 mal, wurde jedoch zum Leben gebracht, davon 1 mal nach $^1/_2$ und 1 mal nach $^3/_4$ Stunden.

Tot waren 6 Kinder: eins, bei dem die Nabelschnur 3 mal um den Hals gewickelt war, eines war bei der Ankunft bereits tot, bei einem waren vorher schon keine Herztöne zu hören, eins hatte die Hebamme nicht vollständig extrahieren können, eins wurde von einem Vertreter entbunden und eins war luetisch faultot.

Ohne jede besondere Hilfeleistung wurden 13 Frauen entbunden.

Eine Frau hatte gleichzeitig eine Pleuritis.

Unter **10** Fällen von Fußlage war 2 mal doppelte Fußlage.

Eine Muttermundserweiterung wurde vorgenommen, 1 Dammriß 1. Grad erfolgte.

3 mal war das Kind asphyktisch, 1 mal wurde es belebt, 1 mal nicht mehr, bei einem Fall von plattem Becken — mit Narkose – kam es nach $^1/_4$ Stunde zum Leben, wies eine Schädelimpression auf und starb nach einigen Tagen.

Bei 9 Gesichtslagen wurde 4 mal die Zange angewandt, 5 mal war noch Wendung möglich, dabei kam 1 mal das Kind nachher spontan, ohne besondere Extraktion.

1 mal wurde Muttermundserweiterung durch seitliche Inzision vorgenommen.

Bei einer Zange kam ein Dammriß 1. Grades vor.

Vollständig spontan kam 1 Kind.

1 parametritisches Exsudat späterhin war zu verzeichnen.

Ein Kind war schwer asphyktisch, wurde belebt. Zwei Kinder waren tot, davon eines mit Blasensprung vor 5 Tagen, keine Wehen, keine Herztöne, Kolpeurynter, Reposition eines vorgefallenen Füßchens, Zange; eines, bei dem auch keine Herztöne mehr zu hören waren, Kopf fest eingekeilt, Kollege gerufen zwecks Perforation, schließlich doch noch Zange möglich.

Die 5 verzeichneten Stirnlagen wurden sämtlich mit Zange entwickelt, bei einer davon kam ein Dammriß 1. Grades vor.

Mütter und Kinder alle wohl.

1 Kind hatte eine starke Kopfgeschwulst.

Unter 14 Vorderhauptslagen sind 13 mit Anwendung der Zange erfolgt, 1 — wohl mehr bloß Vorderhauptseinstellung — konnte noch gewendet werden.

1 mal war Narkose nötig.

1 mal fand Muttermundinzision statt, 2 mal Dammzision, eine weitere Damminzision führte doch zum Riß.

Insgesamt waren 4 Dammrisse ersten und 2 zweiten Grades zu verzeichnen.

Ein Kind hatte starke Kopfgeschwulst; tote Kinder oder Fieberfälle sind nicht erwähnt.

Vorder- bezw. Hinterscheitelbeineinstellung war 6 mal der Fall, dabei wurde 2 mal die Zange angewandt, 2 mal erfolgte ein Zangenversuch mit späterer Spontangeburt, von welch letzteren ein Kind tot war mit

Arm- und Nabelschnurvorfall, hierbei bekam die Mutter eine Venentrombose, genas jedoch wieder.

Ein weiteres Kind wurde tot geboren bei allgemein verengtem platten Becken; es zeigte tiefe Schädelimpressionen.

2 Kinder waren asphyktisch und wurden zum Atmen gebracht.

1 mal fand Narkose statt.

1 mal erfolgte Wendung und Extraktion.

Bei 16 Plazenta praevia-Fällen handelte es sich 6 mal um pl. pr. centralis. Unter diesen 6 sind 4, unter den 10 Fällen von pl. pr. lateralis sind nur 5 Kinder tot geboren, und zwar: 1 im 5. und 2 im 7. Monat, 1 bei einer phthisischen Mutter, 1 bei Querlage, 1 ohne Besonderheiten, sowie 1 mal mißgebildete Zwillinge bei Hydramnion, 2 mal war das Kind tot und auch die Mutter kam ad exitum. Das eine Mal bestand Lues, stets tote Kinder, Wendung und Extraktion eines totfaulen Kindes, manuelle Nachgeburtslösung erforderlich; die Frau war bereits wieder auf der Straße gewesen, nach 4 Wochen Pneumonie, nach weiteren 2 Wochen Rezidiv, nach ferneren 2 Wochen plötzlich exitus durch Lungenembolie. Der andere Fall betrifft eine Frau, die vorher wiederholt von der Hebamme untersucht worden war; kindliche Herztöne waren nicht zu hören; pl. pr. centralis, Wendung und Extraktion einer totfaulen Frucht; Exitus.

Außerdem hatte eine Frau vorher Fieber, das sofort mit der Geburt abfiel. Eine weitere Frau bekam Temperatur, genas jedoch bald. Eine Frau, die sehr schwach war, bekam einen Anfall von Melancholie.

Stets wurde mittels Wendung und darauffolgender Extraktion entbunden.

1 mal wurde narkotisiert.

Fälle von Hydramnion sind **7** verzeichnet, darunter 1 Spontangeburt, 1 Traubenmole bei Nephritis, 2 mal Wendung mit Extraktion, das eine Mal bei Querlage, 1 nicht näher bezeichnete Mißbildung, 1 Anenzephalus, 1 mal Wendung und Extraktion des ersten Zwillings mit Cranioschisis, der zweite darauf lebend, atonische Nachblutung. Außerdem wurde bereits ein Fall erwähnt mit mißgebildeten Zwillingen bei Plazenta praevia.

Vorfall der Nabelschnur erfolgte **22** mal, davon wurde 14 mal die Geburt durch Wendung und Extraktion beendet, 4 mal fand nach bloßer Reposition normale Geburt statt.

Gleichzeitig bestand auch noch Armvorfall 6 mal.

Narkose wurde 1 mal angewandt.

2 leichte Dammrisse sind verzeichnet, sowie 1 kindlicher Armbruch und 2 mal Temperatursteigerung (das eine Mal hatte die Frau vorher 20 Furunkel gehabt).

8 Kinder sind tot geboren, davon waren 3 schon vor Ankunft des Arztes tot, bei einem pulsierte die Nabelschnur nicht mehr, 1 hatte eine Riesenstruma; auch die restlichen 3 waren nicht mehr zu retten.

25 mal fand Geburt von Zwillingen statt.

Beide Zwillinge konnten vollständig spontan geboren werden 8 mal. Spontangeburt des ersten allein ist 6 mal, des zweiten 1 mal verzeichnet.

Beide Zwillinge wurden mit der Zange entwickelt 2 mal, der erste allein 4 mal, der zweite 3 mal.

Wendung und Extraktion beider wurde 2 mal, das erste allein 0, des zweiten 5 mal vorgenommen.

Beim ersten Zange, beim zweiten Wendung war 2 mal.

Beim ersten Zwilling ist 1 mal Nabelschnurvorfall, 1 mal Stirnlage, 1 mal Querlage und Nabelschnurvorfall, 1 mal Steiß- und 1 mal Fußlage verzeichnet, beim zweiten: 1 Stirnlage, 1 Gesichtslage, 1 Gesichtslage mit Fußvorfall, 1 Querlage, 1 Querlage mit Nabelschnurvorfall, 1 Steiß-, 1 Fußlage, eine solche mit Nabelschnurumschlingung um den Hals.

Beide Zwillinge wurden tot geboren 1 mal bei Nabelschnurvorfall, der erste allein 0 mal, der zweite war 2 mal bereits bei Ankunft des Arztes tot, 1 mal wurde er totgeboren bei Gesichtslage mit Fußvorfall.

Manuelle Plazentarlösung wurde 3 mal vorgenommen.

1 mal erfolgte Dammriß ersten Grades, 1 mal eine Venentrombose und Mastitis.

Es ergeben sich mithin 45 lebende Kinder.

Es liegen 2 Fälle von Extrauterinschwangerschaft vor.

Fall I: 30 a. Frau hat erst im Januar geboren. Nach Angabe der Hebamme soll schon 8 Tage p. p. der Coitus ausgeführt worden sein. 15. IV. 04. Frau will seit 3 Wochen bluten. Uterus vergrößert. Brauner schleimiger Ausfluß. Am linken Ovarium und Tubenende fühlt man eine weiche, gänseeigroße Anschwellung. Diagnose: linksseitige Tubarschwangerschaft. Überweisung in die Gießener Frauenklinik, wo die Salpingectomia sinistra et ventrofixatio uteri ausgeführt wurde. Patientin am 2. V. 04 dort entlassen. Am 26. II. 05 erfolgte

bereits wieder eine Geburt, die trotz eingetretener croupöser Lungenentzündung glatt verlief.

Fall II: 36a. IV p. Frau will bis auf einen im Jahre 1900 überstandenen Typhus stets gesund gewesen sein; sie hat 2mal normal geboren, 1891 und 1899, und einmal abortiert, 1900, im Anschluß an Typhus; unterleibsleidend ist sie nie gewesen. Seit Ende November 1904 fühlte Patientin sich wieder schwanger; Anfang April 1905 erste Kindsbewegungen. Die Schwangerschaft verursachte ihr keine besonderen Beschwerden. Ende August mehrere Tage Wehen, Scheidenblutungen, Abgang von blutigen Fetzen. Anfang September Aufhören der Kindsbewegungen. Ende September, Oktober und November periodenähnliche Blutungen. 25. XI. 05. Status: Die Brüste zeigen reichlich Milchabsonderung. Keine Herztöne, keine kleinen Teile fühlbar. Trotz 13monatiger Gravidität Cervix nicht verstrichen, sondern länglich, walzenförmig. Subjektives Befinden wohl. Umfang des Leibes der gleiche wie während der letzten Monate. Uterus wird durch harten, zystenartigen Tumor stark nach rechts und oben gedrängt. Überweisung in Spezialklinik Dr. Rödiger-Saarbrücken. Es wird durch Laparotomie ein 8 Pfund schweres, mazeriertes Kind aus dem mit glattem Peritoneum überzogenen Tumor entfernt. Frau gesund. (Rödiger, Über einen Fall von ausgetragener intraligamentärer Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. 1906, Nr. 31.)

6 Fälle von Retroflexio uteri gravidi wurden behandelt, 5mal ging die Schwangerschaft regelrecht weiter, 1 mal erfolgte ein Abort.

Frühe Aborte finden wir **122** erwähnt.

Davon erfolgten 9 völlig spontan.

5 waren septische Fälle.

1 mal war schon vorher Parametritis vorhanden, 1 mal trat nachher Fieber auf bei hochgradiger Anämie, 1 mal eine Trombophlebitis.

Bloß digital wurde ausgeräumt 13 mal, bloß durch Curette 15 mal, im übrigen kombiniert.

2 waren Fälle von Blasenmole.

1 mal wurde Narkose angewandt.

1 mal Abort durch Lues, 1 infolge Typhus, 1 mal fand Ausschabung statt bei Tuberkulose.

1 mal mußte der Arzt sich unverrichteter Sache entfernen, da die Patientin – Mädchen – ihn nicht ruhig arbeiten ließ.

Bei 61 Fehlgeburten mußte 30 mal Lösung der Nachgeburt stattfinden.

Narkose wurde 3 mal angewandt.

1 mal war Plazentarlösung die Ursache zur Fehlgeburt, 1 mal Pneumonie, 1 mal fand Zwillingsgeburt statt.

4 mal erfolgte nachherige leichte Temperatursteigerung, dabei 1 mal Hämoptonrezidiv bei Phthisika.

2 Frauen kamen zum Exitus: 1 mal Riß an dem außerordentlich dünnen Übergang zwischen Cervix und Uterus bei Eingehen mit dem bloßen Finger, nicht mit Curette; 1 mal war monatelanger Blutverlust infolge Plazenta praevia vorhergegangen, Frau war bei Ankunft des Arztes schon kallobiert, trotz rascher Beendigung der Geburt und nur mäßiger Nachgeburtsblutung konnte die Frau nicht mehr zu sich gebracht werden.

Künstliche Frühgeburten wurden 3 mal vorgenommen. 1 Nephritis und enges Becken. Einleitung 7. April, Endtermin 22. Mai. Bougie und Muttermunds-

dehnung. Geburt spontan. Kind lebt noch. 2. Tuberkulose. Kind lebt. Frau nach $^3/_4$ Jahren gestorben. 3. Enges rachitisches Becken. IV p. 1. Geburt: Perforation, 2.: künstliche Frühgeburt und totes Kind, 3.: totes Kind in der Bonner Frauenklinik. Kolpeurynter, Wendung, Extraktion. Kind asphyktisch, stirbt 3 Stunden nach der Geburt.

Es fanden 10 Perforationen statt, nachdem alles andere versucht war, darunter 2 mal bei lebendem Kind, 1 mal in Narkose, 3 mal am nachfolgenden Kopf.

Es wurde nur 2 mal der Kranioklast angewandt, sonst immer die gewohnte Zange.

2 kleine Dammrisse sind verzeichnet, sowie 1 fieberhaftes Wochenbett und 1 mal Urinverhaltung am nächsten Tag, am übernächsten Urin jedoch wieder in Ordnung.

In der Hauptsache hat es sich um enge Becken gehandelt, 1 mal um Hydrozephalus.

Inanspruchnahme seitens der Hebamme infolge Störung der Nachgeburtsperiode erfolgte 117 mal, davon wegen Retention der Plazenta 54 mal, von Plazentarresten 8 mal, wegen Retention von Eihäuten 19 mal, wegen atonischer Blutung 9 mal, Plazentarretention nach Fehlgeburt 7 mal, nach Zwillingsgeburt 1 mal, wegen Herzschwäche p. p. 1 mal.

Manuelle Lösung der Nachgeburt fand statt 23 mal, manuelle Entfernung der Eihäute 6 mal, von Plazentarresten 8 mal, Ausschabung 3 mal, im übrigen reichte Credé aus.

Temperatursteigerung trat auf 1 mal nach manueller Lösung der Plazenta (starke Blutung, Parametritis), 3 mal nach manueller Entfernung von Plazentarresten.

Eine Frau (9 km entfernt) wurde verblutet angetroffen bei Plazentarretention, infolge Ungeschicklichkeit der Hebamme.

2 Frauen kamen zum Exitus: 1. 18 p., manuelle Plazentarlösung, sehr unreinliche Frau, am 3. Tag p. p. aufgestanden, am 4. Fieber; Lungenembolie und Septikämie. 2. Starker Herzfehler. Geburt war normal verlaufen, gerufen wegen schwerer atonischer Nachblutung. Eihäute zurück, Arzt auf dem Lande abwesend, nach Rückkehr, 1 ½ Std. später, Frau ganz ausgeblutet vorgefunden. Trotz Anwendung stundenlanger Kompression des Uterus, Ergotin, subkutaner Kochsalzlösung usw. erliegt die Frau Kompensationsstörungen.

Den Hebammen vorgekommene Dammrisse wurden genäht in 64 Fällen, alle mit gutem Resultat.

In 38 Fällen wurde der Arzt wegen Fieber im Wochenbett gerufen nach Geburten, die von der Hebamme und ohne jegliche Kunsthilfe vorgenommen worden waren. 2mal war im Anschluß daran Exitus zu verzeichnen.

Von Kollegen zur Konsultation beigezogen wurde der Arzt 9mal. Dies waren natürlicherweise alles üble Fälle; Resultat: 2 Mütter tot.

Von den eigenen Geburten sind insgesamt nur 8 Frauen erlegen und an entsprechender Stelle geschildert.

Interessant wäre es noch, die verschiedenen Geburten ein- und derselben Frau zu betrachten; dies fällt jedoch aus dem Rahmen der Arbeit heraus.

Mißbildungen finde ich 25 verzeichnet:

1mal angeborenes Fehlen einer Kniescheibe,

4mal Rachischisis bezw. Spina bifida,

1 mal Cranioschisis,
3 mal Hydramnion, davon
1 mal 1 Zwilling Cranioschisis,
1 mal Anencephalus,
1 mal nicht näher bezeichnete Missgeburt,
1 mal Hydrocephalus + Meningocele,
3 mal Traubenmole,
1 mal große doppelseitige Cystenniere,
1 mal Zwillingsfehlgeburt: An beiden Zwillingen gleichartige Verbildungen. Beide haben einen ausgedehnten Nabelschnurbruch, kompliziert mit Ectopia vesicae und Mangel der äußeren Genitalien. Bei dem einen Abschnürung eines Unterschenkels durch ein amniotisches Band und Transportation dieses abgeschnürten Stückes an die rechte Steißbacke. Bei diesem letzteren „geht dicht unterhalb der offenen Harnblase ein häutiges Band von der rechten Leistengegend unter der Fußsohle des rechten Fußes durch und heftet sich an den Amnionüberzug des Nabelschnurbruches links von der Blase fest, sodaß der Fuß, wie in einem Steigbügel, von diesem amniotischen Bande an der Dammgegend festgehalten wird. Die rechte untere Extremität ist indes weitergewachsen und hat die gleiche Stellung zum Becken wie die normale linke". (Ahlfeld, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXII, H. 2.)
3 mal doppelter Klumpfuß,
1 mal Klumpfußfamilie: Die Mutter hatte rechtsseitigen angeborenen Klumpfuß. Das erste Kind war eine Totgeburt und soll nichts abnormales am Fuß geboten haben, das zweite (Knabe) auch doppelter Klumpfuß, das dritte (Knabe) war ebenfalls mit doppeltem

Klumpfuß behaftet und 1906 in der Straßburger chirurg. Klinik in Behandlung. Das vierte (Mädchen) hat nur Klumpfuß links (Mutter hat in der Gravidität eine Binde getragen).

4mal Polydaktylie, davon 1mal dazu eine überzählige Zehe, in letzterem Falle hatte ein Bruder des Kindes, ein Bruder der Mutter, sowie auch der Großvater 6 Finger.

Wir sehen mithin wirklich gute Resultate der geburtshilflichen Tätigkeit eines praktischen Arztes trotz allgemeiner Ungunst der Verhältnisse und trotz Behandlung sonstiger eitriger Fälle.

Schlußsätze.

1. In der geburtshilflichen Tätigkeit des praktischen Arztes sind bei peinlichster subjektiver und objektiver Desinfektion und guter Technik schöne Resultate möglich.

2. Deshalb sei die klinische Geburtshilfe nur „Ergänzung", nicht „Ersatz" der häuslichen.

3. Für die Praxis ist ein operatives Eingreifen aus relativer Indikation öfter am Platze als in der Klinik.

4 Es mögen mehr geburtshilfliche Berichte von praktischen Ärzten veröffentlicht werden, zu welchem Zwecke von vornherein möglichst genaue Aufzeichnungen zu machen sind.

Literatur.

Abeles, Mitteilungen aus der geburtshilflichen Privatpraxis. Ärztl. Zentralanzeiger. Wien. 1895.

Ahlfeld, Über die Verschiedenheit der geburtshilflichen Ergebnisse in den Anstalten und in der Privatpraxis. 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Bonn. 21. V. 1891. (Ref. Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 25).

Austin, Geburtshilfe in der Privatpraxis. Brit. med. Journ. 9. X. 1909.

Baumgärtel, Einige Fälle aus meiner geburtshilflichen Praxis. Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer. 1875, 1887, 1888.

Bernardy, Obstetrics in private practice for the past decade. Proc. Phila. Co. M. Soc. Phila. 1892. Tome 13.

Beekenhamp, Verloskundige Praxis ten plattelande. Ned Tijdschr. v. Verlosk. en. Gyn. 1909. 19. Jahrg. Nr. 3. (Ref. Gyn. Rundschau. 1911. H. 3).

Beck G., Bericht über 100 Zangenentbindungen in der Privatpraxis. Prager med. Wochenschrift. 1900. Nr. 44.

— 200 Zangenentbindungen in der Privatpraxis. Ebenda. 1908. Nr. 7.

Bliss, Statistics of private obstetric practice. New-York. M. J. 1847.

Bokelmann, Über Zangenentbindungen in der Privatpraxis und ihre Resultate. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 45. H. 1. In der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Berlin. 1899. (Ref. Zentralblatt. 1899. Nr. 23).

— Über den gegenwärtigen Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 1896. H. 1.

— Klinische und private Geburtshilfe, Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 1.

Boucek, Uvahy a skusenosti porodnické, praktické ho lékare. Ref. Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 13. Casop. lek. cesk. 1906. Nr. 1—6.

Büttner, Mecklenburg-Schwerins Geburtshilfe im Jahre 1904. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1908. Bd. 61.

Can, Geburtshilfe ohne Todesfälle. Edinb. med. journ. 1897. (Ref. Zentralblatt für Gyn. 1898. Nr. 44).

Cazzani, Un biennio di practica obstetrica privata in Cagliari. Bull. d. sc. med. di Bologna. 1885.

Churchill, Report of private obstetrical practice for thirty nine years. Dublin. A. J. M. Sc. 1872.

Childs, Obstetrics, thirty years experience in a country praktice. Tr. N. Hampshire M. Soc. Manchester. 1887.

Chrouch, Twenty years of obstetric practice; some interesting points. Tr. Mich. M. Soc. Grand Rapids. 1896.

Clifton, Some remarks upon obstetrics in private practice. New-York. Med. Journ. 1899. Nr. 24.

Clarke, The proper management of obstetrical work by the general practitioner. Providence med. journ. Bd. 14. Nr. 3. 1913.

Cleeg, Obstetrics in general practice. Tr. Arkansas M. Soc. Little Rock. 1902.

Cook, Obstetric notes from one hundred and ninety recorded cases in the anthors practice. Am. Pract. & News, Louisville.

Cowen, 700 Entbindungen in der Privatpraxis. Intercol. journ. of Australasia. 20. Febr. 1902.

Cranmer, A retrospect of 510 obstetrical cases. Southern med. journ. Bd. 6. 1913. (Ref. Zentralblatt f. ges. 1913. H. 15.

Crawford J., Notes on 1000 cases of instrumental labour with 4 deaths in a colliery praxis. The Brit. med. Journ. May 28. 1910. (Ref. Zentralblatt. 1910. Nr. 49).

Czyzewicz, Über das Vorgehen bei plaz. praev. in der Privatpraxis. Lwowski Aygodnik lekarski. 1909. Nr. 24 und 25. (Ref. Monatsschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 33.)

Davis, Die Notwendigkeit von Hospitälern für Gebärende. Amer. journ. of obst. Vol. 81. Nr. 3.

Donat, 10 Jahre geburtshilfl. Privatpraxis. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsh. zu Leipzig. 16. XI. 1896. (Ref. Zentralblatt. 1897. Nr. 6).

Dohrn, Über Leistung von Kunsthilfe in der geburtshilflichen Praxis. Sammlung klin. Vorträge. Breitkopf u. Härtel. Leipzig. 1894.

Drejer, Om födelstangens brug. Norsk Magaz. for Laegevidensk. 1900. p. 1077. (Ref. Frommel. 1900).

Dunn, Report of 1168 cases of labor in private practice. Boston. M. & S. J. 1891.

Ekstein, Die ersten 5 Jahre geburtshilfliche Praxis. Sammlung zwangloser Abhandlungen von Graefe. Halle a. d. S. 1901. Marhold.

— Die zweiten 5 Jahre geburtshilfl. Praxis. Ebenda. 1904.

— Die dritten 5 Jahre geburtshilfl. Praxis. Ebenda. 1909.

— Geburtshilfliche Kasuistik aus dem IV. Quinquennium geburtshilflicher Praxis. Gynäkol. Rundschau. Jahrg. 7. H. 2. 1913.

— Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 676. 1913.

Engel, Der Forzeps in der Privatpraxis Orvosi hetilap. 1897. Nr. 25, 26. (Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1898. Nr. 37).

Fehling H., Die Bedeutung der relativen Zangenindikation für Unterricht und Praxis. Vorträge in der Oberrheinischen Geburtshilfe und Gyn. 25. X. 1909 in Baden-Baden. Münchn. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 50.

— Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik. 2. Aufl. 1912.

— Wundinfektion und Wundbehandlung im Wandel der Zeiten und Anschauungen. Rektoratsrede. 1908.

Fischer, Einige schwierige Geburtsfälle. Zeitschr. f. Wundärzte u. Geburtshelfer. Winnenden. 1885.

— Tabellarischer Überblick über meine langjährige geburtshilfliche Tätigkeit Ibid. Hegnach. 1888.

Fleurent, Über Zangenanwendung in der Privatpraxis. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 74. H. 1. 1913.

Foges A., Septicus. Gynäk. Rundschau. 1907. H. 1.

Fuchs, Erfahrungen mit Pituglandol in der geburtshilflichen Praxis. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 73. 1913.

Gaus, Desinfektion in der Geburtshilfe und manuelle Planzentarlösung. Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 23, 28.

Glaserfeld, Der geburtshilfliche Unterricht. Münchner med. Wochenschrift. 1914. Nr. 49.

Gottschalk, Die Stellung des Arztes in der modernen Geburtshilfe. Der Frauenarzt. 1910. Nr. 3.

Goenner, Zur Geburtshilfe des prakt. Arztes. Med. Gesellschaft Basel. 6. V. 1909. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1909, 1914, 1915.

Hagen, Obstetrics in general practice. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Val. 59. Nr. 20.

Hauenstein, A resume of fifty years obstetric practice. Buff. med. Journ. Vol. 36. Nr. 11. 1897.

Heil, Verhalten des Arztes in der Nachgeburtsperiode. Heilkunde. 1907. Nr. 12.

— 144 Zangenentbindungen. Münchn. med. Wochenschrift 1905. Nr. 3.

Hegar, Die Sterblichkeit während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unter Privatverhältnissen. Freiburg. 1868.

Hill, My first twelve years obstetric practice. Tr. Vermont. M. Soc. 1895/96. Bourlington. 1897.

Hirsch Max, Zur Verhütung der puerperalen Wundinfektion. Med. Klinik. 1906. Nr. 25, 26.

Hoytema, Pituitrine in de verloskundige praktik. Ned. Maandscharift voor verlosk. en vronwenz. 1913. Nr. 5.

Jakub, Anwendung der Geburtszange in der Privatpraxis. Russk. Wratsch. 1907. Nr. 46. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 7).

Inabuit, Obstetric record of a country practitioner. Obst. Gaz. Cincin. 1885.

Kalefeld, Über Pituglandol in der Geburtshilfe des prakt. Arztes. Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.

Kelly, A review of thirteen years private obstetric practice. Edinb. M. J. 1886/87.

Koch, Der Kaiserschnitt in der allgemeinen Praxis. Dissert. Kiel. 1911.

Konopka, Hundert Operationen mit Eröffnung des Bauchfells im Privathause. Münchn. med. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.

Krüger, Geburtshilfliche Operationen in der Landpraxis. Med.-chir. Zentralblatt. Wien. Bd. 28. 1893.

Kreutzmann, Reflexionen nach 25 jähriger Privatpraxis als Geburtshelfer. Amer. journ. of obst. and dis of w. and children. 1912. (Ref. Zentralblatt. 1912. Nr. 51).

Kynoch, Der Gebrauch und der Mißbrauch der Zange. Brit. med. journ. 23. 7. 04. (Ref. Münchn. med. Wochenschrift. 1904. Nr. 39).

Leopold, Das geburtshilfliche Seminar und die geburtshilflich seminaristischen Übungen. Münchn. med. Wochenschr. 1910. Nr. 10.

Maasland, Jets nit myne verloskundige praktyk. Geneesk. Tydschr. v. Ned. Indie. Bd. 34. 1894.

Markoe, Der praktische Arzt als Geburtshelfer. Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New-York. 1913. (Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1913. Nr. 44).

Merkel, Über Zangenentbindungen in der Privatpraxis. Festschr. d. ärztl. Vereins Nürnberg.

Metzlar, Aantekeningen van 200 accouchementen. Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en. Gyn. 4. Jahrg. Nr. 2. 1893. Harlem. (Ref. Zentralblatt. 1893. Nr. 34.

— 2. serie van 200 accouchementen. Ebenda. 7. Jahrg. 1896.

— 3. serie van 200 accouchementen. Ebenda. 1898.

— 4. serie van 200 accouchementen. Ebenda. 1899.

— 5. serie van 200 accouchementen. Ebenda. 1901.

Miller, Aus der geburtshilflichen Landpraxis. Münchner med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.

Mirabeau, in der Diskussion zum Vortrag von Nassauer. Ärztl. Verein München.

Nassauer, Geburtshilfe im Haus und in der Klinik. Münchn. ärztl. Verein. 26. I. 10. Münchn. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 24.

Newell, Die Verantwortlichkeit des Geburtshelfers. Amer. journ. of obst. and dis of women and child. 1911. (Ref. Zentralblatt. 1912. Nr. 19 und Gyn. Rundschau. 1913. H. 2).

Nijhoff, De Verloskunde en het zuikenhuis en in de huis praktyk. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1909.

Nowitzky, Über Geburtshilfe in der Landpraxis. 1896. Eshenedelnik. Nr. 2–3

Pazzi, Dieci anni di practica ostetrica. Bologna. 1898.

Pilf, Die Wochenbetterkrankungen im Regierungsbezirk Wiesbaden 1897—1908 Klin. Jahrbuch. Bd. 26. 1911.

Potaënko, Bericht über meine geburtshilfliche Tätigkeit auf dem Lande von 1885—1893. Journ. f. Geburtsh. u. Gyn. (russ.).

Preiß, Ein Beitrag zur geburtshilflichen Statistik des Stadt- und Landkreises Kattowitz. Klin. Jahrbuch. Bd. 26. H. 1.

Puppel, Moderne Geburtshilfe in Klinik und Haus. Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 27.

Rahts, Die Sterbefälle im Deutschen Reich 1910. Medizinal-statist. Mitteil. a. d. kaiserl. Gesundheitsamt. Bd. 16. H. 2. 1913.

Richter, Geburtshilfl. Vademekum. 1913.

Rittenhouse, The use of the obstetric. forceps. Amer. journ. of clin. med. Bd. 20. 1913. (Ref. Zentralblatt. Bd. 4. H. 2).

Santino, Casistica di patologia obstetrica note ed osservazioni pratiche Arte ostetr. 27. 1913. (Ref. Zentralblatt. Springer. Bd. 1. H. 8.

Schauta, Über Geburtshilfe in Anstalten und außerhalb derselben. Sitzung der Wiener gynäkolog. Gesellschaft. 3. XI. 1908. Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 45. (Auch Ref. Mediz. Klinik. 1909. Nr. 3).

Schneider, Aus Wissenschaft und Praxis. Ärztl. Mitteilungen aus und für Baden. 1897. Nr. 21 u. 22.

Schütz, Aus meinem geburtshilflichen Tagebuch. Zeitschrift für Wundärzte und Geburtsh. Fellbach. 1890—1892.

Schröder E., 20 Jahre Geburtshilfe in ländlicher Praxis. Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn. Bd. XIII. H. 4. 1901.

Schouten, Eenige aanteekeningen van-en opmerkingen over 1200 accouchementen ten platten lande. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1903. (Ref. Zentralblatt. 1904. Nr. 49).

Schwab, Puerperalfieber und häusliche Geburtshilfe. Zentralblatt für Gyn. 1912. Nr. 44.

Sellheim, Verbesserung der Geburtsleitung durch Ausführung der großen geburtshilflichen Operationen von Praktikern. Zentralblatt. 1909. Nr. 37.

— Das Auge des Geburtshelfers. Wiesbaden. 1908.

— Verwöhnung und Anpassung in der Geburtshilfe. Mediz. Klinik. 1908. Nr. 32.

Semmelink, Statistisches über 600 Geburten der Privatpraxis. Zeitschrift. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 71. H. 1/2. 1912.

Seitz, Die Kindersterblichkeit unter der Geburt und ihre Bekämpfung. Münchn. med. Wochenschr. 1910. Nr. 3.

— Statistik der Bewegung der Bevölkerung sowie die medizinische und geburtshilfliche Statistik des Großherzogtums Baden für das Jahr 1911. Statistische Mitteilungen über das Großherzogtum Baden. Neue Folge. Band V. Jahrgang 1912.

Staehler, Sammelbericht über die in den letzten Jahren veröffentlichten größeren geburtshilflichen Berichte aus der Privatpraxis. Monatsschrift. Bd. 15. 1902.

Stern, Beitrag zur Laparotomie im Privathaus. Münchn. mediz. Wochenschrift. 1912. Nr. 53.

Stetson, Statistical record of one thousand consecutive cases of obstetrics in private practice. Yale M. J. N. Haven. 1901—1902.
Schultz, Geburtshilfe in der Praxis. Klinikai fuzetek. 1894. H. 2—3.
v. Toth, Die moderne Geburtshilfe. Vortr. i. d. Gesellschaft der Spezialärzte Budapest. 1911. (Ref. med. Klinik. 1912. Nr. 17).
Ursachen der Sterbefälle des Jahres 1910. Medizinal-statist. Mitteilungen a. d. kaiserl. Gesundheitsamt. Bd. 16. H. 2. 1913.
Vogt H., Hebammenzange. Norsk. Mag. f. Laegev. 1899.
Walther, 100 geburtshilfl. Operationen in der Landpraxis. Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 35—37.
— Über den Abortus, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie unter den Verhältnissen der Landpraxis. Gräfes Sammlung zwangloser Abhandlungen. Halle a. d. S. 1912.
Wawor, 20 Jahre Geburtshilfe auf dem Lande. Prager med. Wochenschrift. 1912. Nr. 30—33. Vortrag in der Sektion Karlsbad des Zentralvereins deutscher Ärzte in Böhmen. 1912.
Weber, Bericht über 100 in der Landpraxis operativ behandelte Geburten. München. Seitz u. Schauer. 1903.
Wettengel, Bericht über 600 Entbindungen aus der Privatpraxis. Med. Monatsschrift. N. Y. 1891.
v. Winckel, Der prakt. Arzt als Geburtshelfer auf dem Lande. Arch. f. Gyn. Bd. 89. H 2.
Wolf, Aus der geburtshilflichen Tätigkeit eines alten Praktikers. Der Frauenarzt. Leipzig. 1904, 1905, 1906.
Worcester, A serie of two hundred consecutive cases of midwifery in private practice. 1884—1887. Boston. M. & S. J. 1889.
— A second series of two hundred. Ibid. 1891.
— A third series. 1896.
Wormley, One thousand obstetrical cases occuring in general practice. Med. Times. N. Y. 1902.
Zakrzewska, Report of one hundred and eighty-seven cases of midwifery in private practice. Boston. M. & S. J. 1889.
Zürcher, Dissertation, Die geburtshilfliche Landpraxis. 1. Aufl. 1887. 2. Aufl. 1888. St. Gallen.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit „Über Geburtshilfe in der allgemeinen Praxis", Franz Jakob Schaack, wurde in Ottweiler, Reg.-Bez. Trier, am 12. Februar 1890 als Sohn des Lehrers Peter Schaack geboren.

Seine Schulbildung erhielt er in der Realanstalt seiner Vaterstadt, hierauf am kgl. Ludwigsgymnasium zu Saarbrücken, an welchem er im Frühjahr 1909 die Reifeprüfung machte.

Sodann oblag er dem Studium der Medizin an den Universitäten Freiburg i. B., Würzburg, Innsbruck und Marburg, woselbst er Herbst 1911 die ärztliche Vorprüfung bestand. Frühjahr 1912 siedelte er zur Universität Straßburg über und machte hier Frühjahr 1914 die ärztliche Staatsprüfung. Als Medizinalpraktikant blieb er Juni und Juli 1914 daselbst an der medizinischen Klinik.

Die Approbation als Arzt erhielt er am 6. August 1914.

Im Krieg war er am Festungslazarett Straßburg, sodann bei einem Ersatzbataillon im Elsaß tätig.

Seine Straßburger Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

Bayer, Cahn, Chiari, Czerny, Dietlen, Dreyfuß, Fehling, Guleke, Hamm, Hertel, Ledderhose, Madelung, Manasse, E. Meyer, Meyerstein, Pfersdorff, U. Rose, Salge, Schickele, Schmiedeberg, v. Tabora, Uhlenhuth, Weidenreich, Wenckebach, Wolff, Wollenberg.